

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/17



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SEDACIÓN TERMINAL

Autora: Inés Lagüéns Pérez

Tutor: Juan Pablo Torres Andrés

GLOSARIO

Distanasia: “prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura”¹. También es conocido como ensañamiento u obstinación terapéutica.

Enfermedad terminal: es aquella patología que es incurable, se encuentra en un estado avanzado y en un periodo corto de tiempo acabará con la vida del paciente².

Homicidio por compasión: se le llama así a la muerte de un paciente producida sin conocer su voluntad, con el fin de acabar con su sufrimiento y actuando por compasión².

Ortotanasia: “muerte natural de un enfermo desahuciado sin someterlo a una prolongación médicamente inútil de su agonía”³.

Suicidio asistido: acción de una persona para acabar con su vida, cuando ésta sufre una enfermedad irreversible y que es ayudado por otra persona, proporcionándole los medios y conocimientos para llevarlo a cabo².

RESUMEN

Es muy posible que todos los profesionales de la salud se encuentren con un paciente terminal sedado a lo largo de su práctica clínica y, sin embargo, muchas veces no se le dan los cuidados necesarios de forma adecuada. A pesar de su situación terminal no se pueden descuidar las necesidades básicas que tiene alteradas, sobre las que se puede actuar para ayudarle a pasar sus últimos momentos con el mayor confort posible. La mejor forma de lograrlo es con un enfoque holístico de la realidad del paciente, en el que todo el equipo multidisciplinar dirige sus acciones hacia el mismo objetivo: proporcionar una “muerte digna”. Para ello es muy importante integrar a la familia en el proceso, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones y ofreciéndoles apoyo emocional. Los pacientes terminales sedados suponen complejidad a la hora de su manejo y una elevada carga asistencial, por lo que es fundamental contar con un plan de cuidados orientado específicamente a estas situaciones. Esa es la finalidad de este trabajo: orientar, facilitar y dar una herramienta útil para la práctica enfermera, logrando de este modo una calidad asistencial óptima. Este plan de cuidados se ha desarrollado empleando la taxonomía NANDA-NOC-NIC, fomentando su universalización y aplicación.

Palabras clave: paciente terminal, sedación, cuidados, familia.

ÍNDICE

1-	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2-	OBJETIVOS	4
3-	METODOLOGÍA.....	5
3.1-	VALORACIÓN	5
3.2-	DIAGNÓSTICO	6
3.3-	PLANIFICACIÓN	7
3.4-	EJECUCIÓN	7
3.5-	EVALUACIÓN	8
4-	DESARROLLO DEL TEMA.....	9
4.1-	CUIDADOS AL PACIENTE	9
4.2-	CUIDADOS A LA FAMILIA.....	15
5-	DISCUSIÓN.....	20
6-	CONCLUSIONES	21
7-	BIBLIOGRAFÍA.....	22

1- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La medicina paliativa es una rama de la medicina muy joven, ya que se comenzó a desarrollar en el Reino Unido en los años 60, llegando a España una década más tarde. Aun teniendo tan pocos años de evolución ha sufrido un gran desarrollo, sobre todo en el control de los síntomas y en la creación de nuevos fármacos (analgésicos principalmente) que ayudan a aliviar el dolor que sufren algunas personas al final de la vida⁴.

En algunas ocasiones no se consiguen controlar todos los síntomas refractarios y es necesario disminuir la consciencia del enfermo en sus últimos momentos. Este tema ha sido desde siempre objeto de debate entre los defensores y los detractores, quienes alegan que es una forma de eutanasia⁴.

La Real Academia Española (RAE) define eutanasia como una “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”, y en medicina lo define como la “muerte sin sufrimiento físico”⁵. Además, está recogida como delito en el punto 4 del artículo 143 del Código Penal: “el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar será castigado [...]”⁶. Es importante no confundir la eutanasia con el suicidio asistido o con el homicidio por compasión.

Sin embargo la sedación paliativa, el tema que nos atañe, siempre se lleva a cabo cuando existe una Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), que sí que es legal en España. Según el apartado “f” del artículo 5 de la ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la muerte de Andalucía, se entiende por LET la “retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría”⁷, es decir, lo opuesto a la ortotanasia. No hay que identificar la LET con el delito de denegación de asistencia sanitaria o de abandono de los servicios sanitarios ni con el delito de omisión de socorro, tipificados como delitos en los artículos 196 y 195.1 del Código Penal, respectivamente⁶.

Tabla 1. Diferencias entre eutanasia y LET⁸

	LET	EUTANASIA
Objetivo	Evitar la obstinación terapéutica o distanasia	Obtener deliberadamente la muerte del paciente
Actuación sanitaria	No emplear o retirar el tratamiento a una persona que va a morir irremediabilmente	Producir la muerte directa del paciente
Cuidados al final de la vida	Si, de excelencia	No
Toma de decisión	Equipo médico	Paciente
Legalidad	Práctica sanitaria correcta	Delito en el código penal

La sedación paliativa es un sector de los cuidados paliativos, unos cuidados destinados a conseguir el mayor confort en aquellos pacientes que tienen una enfermedad terminal. Esto se obtiene no solo tratando o previniendo los efectos secundarios y síntomas de la enfermedad, sino incluyendo también los aspectos sociales, emocionales, prácticos y espirituales que se plantean con la enfermedad, mejorando de este modo la calidad de vida.

La administración de este tipo de cuidados es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, ya que se deben abarcar muchos ámbitos de la vida del paciente. Integra tanto a equipos de médicos y enfermeros como a nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, e incluso algún guía espiritual, en función de las creencias de cada persona.

Es importante no confundir los cuidados paliativos con el tratamiento paliativo. Ambos comparten el mismo fin: lograr el bienestar del paciente, pero se diferencian en el momento de inicio. Los cuidados paliativos pueden comenzar cuando la persona es diagnosticada de la enfermedad y puede coincidir en el tiempo con el tratamiento médico. Sin embargo, el tratamiento paliativo empieza únicamente cuando se ha suspendido el tratamiento curativo y se tiene claro que el paciente no tiene una esperanza de vida superior a los 6 meses.

Como ya hemos comentado, este tipo de cuidados son multidisciplinarios porque afectan a todos los ámbitos de la vida del paciente y de su familia. Dentro de los cuidados

paliativos se tratan los problemas físicos, los emocionales, los sociales y de afrontamiento, los prácticos y los asuntos espirituales. Los problemas físicos son algunos como el dolor, la dificultad para dormir o respirar o la inapetencia, y se pueden solucionar con algunos tratamientos como medicinas, consejo nutricional, fisioterapia y terapias ocupacionales o integradoras. Los problemas emocionales, sociales y de afrontamiento los sufren tanto el paciente como la familia y son aquellos tales como el estrés, miedo, ansiedad o depresión. Las actividades a llevar a cabo en estos casos son asesoramiento, asistencia a grupos de apoyo, realización de reuniones familiares e incluso interconsultas con profesionales dedicados a la salud mental. Esos cuidados pueden ser impartidos por la propia familia. Los problemas prácticos que podemos observar son problemas de dinero, de trabajo y preocupaciones por todos los asuntos legales relacionados con la defunción. En esta situación el equipo de paliativos puede darles información acerca de la burocracia relacionada con el hospital, así como de las distintas opciones de tratamiento. También pueden informarles sobre dónde acudir para recibir asesoramiento financiero. Finalmente nos encontramos con los asuntos espirituales, que tienen gran importancia en las personas creyentes, independientemente de la religión a la que pertenezcan. Aferrarse a estas creencias en los momentos difíciles puede ser de gran utilidad para algunas personas y sus familias, por lo que el personal siempre deberá facilitar la expresión de su religiosidad, así como la posibilidad de que sea visitado por algún guía espiritual⁹.

Dada la complicación que acarrea lidiar con estas situaciones y la controversia que existe acerca del tema, creo que es útil contar con un plan de cuidados de enfermería que guíe nuestras actuaciones en estos casos. Este tipo de documentos nos ayuda a realizar unos cuidados paliativos de calidad, integrando todos los problemas ya comentados que derivan de esta situación, sin olvidarnos nunca de la familia, quienes también deben de ser objeto de nuestros cuidados.

2- OBJETIVOS

Objetivo general: Implementar unos cuidados integrales de calidad a los pacientes sedados en fase terminal.

Objetivos específicos:

- Obtener una visión holística del paciente sedado.
- Integrar a la familia en los cuidados de enfermería.
- Disminuir al máximo el sufrimiento derivado de su situación.
- Utilizar un lenguaje común a través de la taxonomía NANDA-NOC-NIC
- Unificación de la actuación en los casos en los que se trate con enfermos terminales sedados.

3- METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos como son SciELO o medlineplus, tomando como válidos los artículos cuya última revisión no supere los 10 años desde la fecha de su citación. También se han realizado consultas en distintos libros y páginas web, destacando la plataforma online de la Real academia de la lengua española para el glosario, el Boletín Oficial del Estado para la información sobre legislación o la plataforma NNN consult (NANDA-NOC-NIC) para la elaboración del plan de cuidados.

Para la realización de este plan de cuidados se ha tomado como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson, quien afirmaba que los cuidados de enfermería deben de estar encaminados a lograr la independencia en las 14 necesidades básicas que tiene el ser humano. Estas necesidades son: respirar normalmente, comer y beber, eliminación, moverse, reposo/sueño, vestirse, temperatura, higiene/piel, evitar peligros/seguridad, comunicación, creencias/valores, trabajar/realizarse, recrearse y aprender. Sin embargo, el fin último en el tipo de pacientes al que va destinado este plan de cuidados no es la consecución de la independencia, sino la suplencia de las necesidades no cubiertas para ayudarle a alcanzar una muerte digna, quedando contemplado también en este modelo. Virginia Henderson afirmaba que cuando hay una falta de fuerza total y definitiva, la función de la enfermería está encaminada a suplir las acciones que él mismo no es capaz de realizar¹⁰.

Dentro del marco teórico de este modelo se ha utilizado el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como metodología, que según Alfaro “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”. Este proceso consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación¹⁰.

3.1- VALORACIÓN¹⁰

La valoración incluye la recogida de datos, tanto los antecedentes como los actuales, ya sean objetivos o subjetivos. A su vez, la valoración consta de cuatro pasos: recogida de datos, valoración, organización y registro de los datos.

Los datos se pueden obtener directamente del paciente (fuente principal), de la familia o mediante la historia clínica. Los métodos para obtenerlos son la entrevista (interrogatorio

metódico), la observación (uso de los sentidos e instrumentos) o el examen físico (inspección, percusión, auscultación y palpación).

Una vez obtenidos todos los datos se debe asegurar la veracidad, es decir, se deben valorar. Es preciso no olvidarse confirmar la información dudosa, así como la que tenga gran importancia en el diagnóstico o planificación de tratamientos.

Finalmente, se debe realizar la organización de la información obtenida en categorías para clarificar la situación, sin olvidarse nunca del registro de la misma.

3.2- DIAGNÓSTICO¹⁰

Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), un diagnóstico de enfermería es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia, o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base de la actuación enfermera destinada a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”.

Para llevar a cabo esta etapa primero se analizarán los datos y, una vez analizados, se elaborará la hipótesis, es decir, se formularán los problemas detectados.

Para el análisis de los datos primero se deberán diferenciar los datos relevantes, intentando buscar relaciones entre ellos. Mediante la interpretación de estas relaciones se podrán encontrar problemas de colaboración o problemas independientes (diagnósticos enfermeros). Los problemas de colaboración son aquellos que deben ser tratados en colaboración con otros profesionales (generalmente el médico), de quien será la responsabilidad final. Sin embargo, la responsabilidad de las actuaciones de la enfermera siempre será suya. Este tipo de problemas deberán estar escritos con terminología médica. Por el contrario, los diagnósticos de enfermería nunca deben estar escritos con este tipo de terminología, ya que se necesita un lenguaje que identifique de una forma clara la naturaleza de la situación a tratar por la enfermera. Pueden aparecer tres tipos de diagnósticos enfermeros:

- Diagnóstico real: describe las respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que existen en una persona. Se ayudará de las características definitorias.

- Diagnóstico de riesgo: describe las respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que es posible que se desarrollen en una persona. Se ayudará de los factores de riesgo.
- Diagnóstico de salud: describe las respuestas humanas en una persona, familia o comunidad que, a pesar de tener un buen estado de salud, tienen potencial para alcanzar un nivel aún mayor.

3.3- PLANIFICACIÓN¹⁰

Al igual que en las etapas anteriores, dentro de la planificación también se encuentran distintos pasos a seguir: fijación de prioridades, formulación de objetivos, determinación de intervenciones y actividades y registro del plan.

Lo primero que se debe hacer en esta etapa es identificar los problemas de mayor importancia, siguiendo algunas normas. Los que primero se abordarán serán los que pongan en peligro la vida de la persona, seguidos por aquellos a los que el propio paciente o familia de mayor prioridad. A continuación, se solucionarán los que ayudan a la permanencia o aparición de otros. Posteriormente se solventarán aquellos que se puedan abordar de una forma conjunta, ya que comparten una misma causa. Por último, se abordarán lo que tengan una solución sencilla. De esta forma quedarán cubiertos todos los problemas de forma organizada.

Una vez fijadas las prioridades se deben determinar los objetivos (NOC) en función de esas prioridades, es decir, determinar qué es lo que se quiere conseguir con las actuaciones que se van a llevar a cabo. Es importante escoger los objetivos de forma adecuada para una mejor consecución de los mismos.

Finalmente, se planificarán las intervenciones (NIC) y las actividades para llevarlas a cabo, sin olvidar nunca el registro del plan, una parte muy importante de todos los apartados del PAE.

3.4- EJECUCIÓN¹⁰

La ejecución consiste en la puesta en práctica de las intervenciones para lograr los objetivos que han sido propuestos. Esta etapa se subdivide en la preparación para la acción, en la que se revisan las intervenciones propuestas, la realización de las

actividades, en la que se incluye la valoración continua y, al igual que en el resto de etapas, en la ejecución también se contempla el registro de la actuación.

3.5- EVALUACIÓN¹⁰

La evaluación formal final es la que es considerada como etapa de evaluación, pero no se debe olvidar que todo el proceso va acompañado de una evaluación continua. Para llevar a cabo esta evaluación se seguirán 3 pasos: valoración de la situación actual del paciente, comparación de dicha situación con los objetivos fijados, realizando una conclusión y el mantenimiento, modificación o finalización del plan, en función si se han alcanzado las metas marcadas o no.

4- DESARROLLO DEL TEMA^{11, 12, 13, 14}

4.1- CUIDADOS AL PACIENTE

El tipo de paciente al que va dirigido este plan de cuidados es un paciente en una situación terminal, con una disminución del nivel de consciencia inducida para minimizar su sufrimiento en los últimos momentos de la vida. Dentro de esta situación es posible encontrarse con una gran variedad de casos, por lo que se intentará realizar una guía de cuidados generalizada, para poder aplicarla en las distintas ocasiones en las que aparezca la situación anteriormente mencionada.

Para hacerse una mejor idea de lo que es posible encontrarse al enfrentarse a este tipo de pacientes, se mencionarán algunas de las características más habituales que suelen aparecer en estas situaciones: respecto a las vías respiratorias es muy posible que se presente una retención de secreciones, tos ineficaz y disnea. La motilidad intestinal se encontrará disminuida y habrá un retraso en el vaciado gástrico, debido a la administración de opioides. También se pondrá de manifiesto una incapacidad para ingerir alimentos y líquidos y factores que influyen en sus necesidades, náuseas y palidez cutánea. Como consecuencia de su situación habrá una inactividad continua, una afectación de la regulación de la temperatura, y un deterioro de la circulación. Todo lo mencionado son las características que ayudarán a determinar cuáles son los diagnósticos más apropiados para esta situación.

Para la realización del plan de cuidados se utilizarán los diagnósticos NANDA más representativos y habituales, ya que la variedad dentro de estos pacientes es muy amplia. Se elegirá un solo objetivo (NOC), considerándolo como la mejor opción para el paciente, pudiendo encaminar de este modo todas las acciones a la consecución de ese objetivo principal.

Este tipo de pacientes tendrán prácticamente todas las necesidades alteradas, pero habrá que centrarse únicamente en los diagnósticos cuya solución le puedan hacer sus últimos momentos lo más confortables posibles, sin caer en actuaciones fútiles.

En un primer momento se apreciará que las necesidades 6 (vestirse), 10 (comunicación), 11 (creencias/valores), 12 (trabajar/realizarse), 13 (recrearse) y 14 (aprender) son imposibles de valorar y de actuar sobre ellas por la disminución del nivel de consciencia.

Sobre la necesidad 4 (moverse), aunque se encuentra alterada, no se realizará ninguna actuación por la futilidad de las intervenciones que se llevarían a cabo.

De este modo quedará un plan de cuidados que cubrirá los diagnósticos más habituales en estos pacientes, pudiendo elegir las actividades que más se adapten a cada persona en cada momento.

1-RESPIRAR NORMALMENTE

[00031] LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

NOC: [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

NIC:

- [3160] Aspiración de las vías aéreas
 - Determinar la necesidad de la aspiración oral.
 - Realizar el lavado de manos.
 - Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado.
 - Aspirar la nasofaringe con un dispositivo de aspiración.
 - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
- [3140] Manejo de la vía aérea
 - Abrir a vía aérea mediante la técnica de elevación de la barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
 - Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
 - Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.
 - Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.
 - Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda.
 - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

[00033] DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA

NOC: [0403] Estado respiratorio: ventilación

NIC: [3390] Ayuda a la ventilación

- Mantener una vía aérea permeable.

- Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según corresponda.

[00039] RIESGO DE ASPIRACIÓN

NOC: [0415] Estado respiratorio

NIC: [3200] Precauciones para evitar la aspiración

- Controlar el estado pulmonar.
- Colocación erguida a más de 30°.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Comprobar la colocación de la SNG.
- Comprobar el residuo de la SNG.
- Proporcionar cuidados orales.

[0024] PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ

NOC: [0407] Perfusión tisular: periférica.

NIC: [3480] Monitorización de las extremidades inferiores.

- Inspeccionar la presencia de edema en las extremidades inferiores.
- Examinar el color, la temperatura, la hidratación, el crecimiento del vello, la textura y las grietas o las fisuras de la piel.

2-COMER Y BEBER

[00002] DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES

NOC: [1004] Estado nutricional.

NIC:

- [1120] Terapia nutricional.
 - Completar una valoración nutricional, según corresponda.
 - Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
 - Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda
 - Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.

- [1160] Monitorización nutricional
 - Pesar al paciente.
 - Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas.
 - Identificar anomalías de la piel.
 - Identificar las anomalías del pelo.
 - Observar la presencia de náuseas y vómitos
 - Identificar las anomalías en la defecación.
 - Identificar las anomalías ungueales.
 - Identificar las anomalías de la cavidad oral.

[00028] RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

NOC: [0601] Equilibrio hídrico.

NIC: [4120] Manejo de líquidos

- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Realizar sondaje vesical, si es preciso.
- Vigilar el estado de hidratación, según el caso.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos, según corresponda.
- Administrar terapia IV, según prescripción.
- Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

[00134] NÁUSEAS

NOC: [1618] Control de náuseas y vómitos

NIC: [1450] Manejo de las náuseas.

- Observar si hay manifestaciones no verbales de molestias.
- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.
- Utilizar una higiene bucal frecuente, para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.

3-ELIMINACIÓN:

[00015] RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

NOC: [0501] Eliminación intestinal

NIC: [0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Extraerla impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

4-MOVERSE

Debido a la situación en la que se encuentra nuestro paciente, sería improductivo intervenir para intentar cubrir esta necesidad.

5-REPOSO/SUEÑO

Necesidad no valorable, ya que nos encontramos con una persona con un nivel de consciencia disminuido.

7-TEMPERATURA

[0005] RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL

NOC: [0800] Termorregulación

NIC: [3900] Regulación de la temperatura

- Comprobar la temperatura al menos cada 2h, según corresponda.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda.
- Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel para disminuir la temperatura corporal, según corresponda.

8-HIGIENE/PIEL

[00249] RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN

NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC:

- [3500] Manejo de presiones
 - Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.
 - Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, según corresponda.
 - Facilitar pequeños cambios de la carga corporal.
 - Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso.
 - Vigilar el estado nutricional del paciente.
- [3590] Vigilancia de la piel
 - Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
 - Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (Norton).
 - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
 - Observar si hay fuentes de presión y fricción.
 - Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- [0840] Cambio de posición
 - Proporcionar un colchón firme.
 - Vigilar el estado de oxigenación, antes y después de un cambio de posición.
 - Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.
 - Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
 - Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda.
 - Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2h, de acuerdo con un programa específico.
- [1610] Baño
 - Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
 - Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.

- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

9-EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD

[00004] RIESGO DE INFECCIÓN

NOC: [1902] Control el riesgo.

NIC: [6540] Control de infecciones

- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
- Limitar el número de visitas, según corresponda.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.
- Cambiar los sitios de las vías IV periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV.

4.2- CUIDADOS A LA FAMILIA

Si se tiene en cuenta al paciente de una forma holística, se deberá incluir a la familia dentro de los cuidados. Estos cuidados deberán ir encaminados a mejorar su situación actual relacionada con las circunstancias de nuestro paciente.

Las necesidades relacionadas con su estado de salud físico como son la 1 (respirar normalmente), 2 (comer y beber), 3 (eliminación), 4 (moverse), 5 (reposo/sueño), 6 (vestirse), 7 (temperatura) y 8 (higiene/piel) no serán incluidas en este plan de cuidados, ya que, como se ha dicho anteriormente, los cuidados deben ir encaminados a paliar las consecuencias directas derivadas de la situación terminal del paciente.

9-EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD

[00146] ANSIEDAD

NOC: [1211] Nivel de ansiedad

NIC: [5820] Disminución de la ansiedad

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el familiar para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Instruir a la familia sobre el uso de técnicas de relajación.

[00148] TEMOR

NOC: [1210] Nivel de miedo

NIC: [5270] Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con la familia.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Favorecer a conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la familia y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si precisa.

10-COMUNICACIÓN

[00074] AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

NOC: [2600] Afrontamiento de los problemas de la familia

NIC: [7110] Fomentar la implicación familiar

- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
- Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y distraibilidad).
- Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.

- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.

11-CREENCIAS/VALORES

[00124] DESESPERANZA

NOC: [0006] Energía psicomotora.

NIC: [5330] Control del estado de ánimo.

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
- Vigilar el estado físico del familiar (peso corporal e hidratación).
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).
- Proporcionar o remitir a psicoterapia, cuando sea conveniente.
- Ayudar al familiar a expresar los sentimientos de una forma adecuada.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Ayudar al familiar a anticiparse y afrontar los cambios de la vida.

[00172] RIESGO DE DUELO COMPLICADO

NOC: [1304] Resolución de la aflicción

NIC: [5290] Facilitar el duelo

- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Escuchar las expresiones de duelo.
- Fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores.
- Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo.
- Incluir a los allegados en las charlas y decisiones, según corresponda.
- Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario.
- Poyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores, según corresponda.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

[00175] SUFRIMIENTO MORAL

NOC: [2001] Salud espiritual.

NIC: [5420] Apoyo espiritual.

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
- Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.
- Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.
- Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
- Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

12-TRABAJAS/REALIZARSE

[00211] RIESGO DE DETERIORO DE LA RESILIENCIA

NOC: [1300] Aceptación: estado de salud.

NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento.

- Ayudar al familiar a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al familiar a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar la comprensión del familiar del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Tratar de comprender la perspectiva del familiar sobre una situación estresante.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

13-RECREARSE

Debido a la situación terminal en la que se encuentra su familiar no es el momento más indicado para solucionar el posible déficit de esta necesidad.

14-APRENDER

[00126] CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

NOC: [3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza

NIC: [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del familiar relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Revisar el conocimiento del familiar sobre la afección del paciente.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.
- Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
- Proporcionar información al familiar acerca de la enfermedad, según corresponda.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Discutir las opciones de terapia/tratamiento.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

5- DISCUSIÓN

Como se ha ido comentando a lo largo de todo el desarrollo del trabajo, un plan de cuidados es una herramienta muy útil a la hora de guiar nuestra labor asistencial. Conseguir facilitar y aumentar la calidad del trabajo que se desempeña en los hospitales es uno de los puntos fuertes de este tipo de trabajo, ya que la carga asistencial cada vez es mayor debido a la escasez de personal. Sin embargo, una vez que está establecida una rutina de trabajo en un servicio es difícil modificarla para incluir guías distintas a las habituales. De esta forma, la modificación del ritmo de trabajo diario para lograr la mejora de los cuidados puede convertirse también en una dificultad para su implementación.

La sedación en los pacientes terminales es un tema de actualidad y, sin embargo, me ha sorprendido la poca bibliografía existente que se adapte a lo que realmente buscaba para este trabajo. Hay una gran cantidad de información acerca de cuál es la mejor combinación de fármacos para obtener una sedación adecuada y sobre el importante debate ético que rodea a los pacientes terminales. Sin embargo, ha sido necesaria una búsqueda más profunda para poder encontrar bibliografía que relacione la enfermería con los pacientes sedados en un estadio tan avanzado de la enfermedad.

Debido a las pocas publicaciones que existen sobre la enfermería en este campo, cualquier tipo de estudio acerca del tema es interesante y puede ayudar a llevar a cabo nuestra labor asistencial de una forma más completa.

6- CONCLUSIONES

A partir de los objetivos propuestos y del desarrollo del trabajo se puede concluir:

- Mediante la aplicación de todos los ámbitos de los cuidados paliativos comentados con anterioridad se obtiene una visión holística del paciente, pudiendo ofrecer de este modo unos cuidados completos y de calidad.
- La integración de la familia en los cuidados ayuda a disminuir su ansiedad ante la difícil situación que están atravesando, por lo que es algo fundamental que se debe llevar a cabo siempre que sea posible.
- Esta guía de actuación ayuda a dirigir los cuidados a la obtención de la “muerte digna” del paciente, ayudando a evitar al máximo el sufrimiento del paciente en los últimos momentos.
- El uso del lenguaje enfermero estandarizado a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC consigue una universalización del plan de cuidados.
- Contar con un plan de cuidados para pacientes terminales sedados consigue que todo el equipo de enfermería actúe de la misma forma en esta situación, ayudando a una mejor consecución de los objetivos ya que todas las actuaciones están orientadas en la misma dirección.

7- BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española (RAE). [Internet]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE); [actualizado Oct 2014; citado 6 Mar 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Dy1ewWz>
2. C. de Miguel Sánchez, A. López Romero. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia. Med Pal [Internet]. 2006 [citado 7 Mar 2017]; 13 (4): 207-215. Disponible en: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>
3. Real Academia Española (RAE). [Internet]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE); [actualizado Oct 2014; citado 7 Mar 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RGNutzv>
4. Organización Médica Colegial (OMC), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de sedación paliativa. [Internet]. Madrid; 2011 [actualizado 29 Oct 2011; citado 28 Dic 2016]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf
5. Real Academia Española (RAE). [Internet]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE); [actualizado Oct 2014; citado 4 Feb 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=H7n2lXw>
6. España. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281, pp. 1995-25444. [Citado 6 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
7. España. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 25 de mayo de 2010, núm. 127, pp. 45646-45662. [Citado 6 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>
8. Gilberto de Jesús Betancourt. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Rev Hum Med [Internet]. 2011 [citado 6 Mar 2017]; 11 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003
9. Medlineplus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 1997 [actualizado 2 Jun 2016; citado 7 Mar 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>

10. María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
11. NNNConsult [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2012. [Citado 15 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda/nec>
12. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. 10ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2015.
13. Sue Moorhead, Marion Jonhson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
14. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cherly M, Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2014.